



Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra



Mestrado em Farmácia

Especialização em Farmacoterapia Aplicada

TRABALHO DE PROJETO ORIGINAL II

DEPRESSÃO: Consumo e Conhecimento de Antidepressivos e da Patologia pela População de Arganil

Isa Caleia

Coimbra, NOVEMBRO 2014

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra

Mestrado em Farmácia

Especialização em Farmacoterapia Aplicada

TRABALHO DE PROJETO ORIGINAL II

**DEPRESSÃO: Consumo e Conhecimento de
Antidepressivos e da Patologia pela População de Arganil**

Aluno: Isa Caleia

Orientador: Professor Jorge Balteiro

Orientação estatística: Professora Maria Clara Rocha

Coimbra, NOVEMBRO 2014

“O valor das coisas não está no tempo em que elas duram, mas na intensidade com que acontecem.

Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis”.

Fernando Pessoa

Em primeiro lugar, agradeço a todos aqueles que, com o seu saber, a sua colaboração e o seu apoio crítico, dispuseram do seu tempo para debater comigo orientações e práticas indispensáveis para a elaboração deste trabalho.

Estou especialmente grata ao meu orientador, Professor Jorge Balteiro, pelas valiosas orientações, pensamentos e sugestões essenciais para a solidificação das minhas ideias.

Quero também agradecer, à Professora Maria Clara Rocha pela total disponibilidade para me ajudar, pela compreensão e sugestões. E ao restante corpo docente do departamento de farmácia, bem como à direção técnica da farmácia Galvão pela disponibilidade para a recolha dos dados.

Por fim, agradeço aqueles que são de facto o pilar da minha construção pessoal e profissional, a família. Um sincero Obrigada, à minha mãe, pai, irmãos e namorado.

Resumo

Introdução: A depressão é uma patologia multifatorial. Segundo a OMS, a depressão foi a quarta maior causa de incapacidade, e estima-se que, até 2020, a depressão passará para o segundo lugar da lista, logo a seguir às doenças cardíacas, a principal causa a nível mundial de incapacidade. Portugal é o país da Europa com maior predomínio de doenças mentais. De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2000-2010, a depressão representava um problema primordial de saúde pública. O objetivo geral deste estudo é analisar e descrever o consumo e o conhecimento de antidepressivos, e perceber o que influencia estas duas variáveis.

Metodologia: Este trabalho é um estudo analítico observacional transversal. A recolha dos dados foi realizada entre Outubro e Novembro de 2013, com recurso a um questionário. O tratamento dos dados, foi executado com o auxílio do software estatístico Statistic Package for Social Science (SPSS) na versão 19.0 e Microsoft Excel. A análise inferencial foi feita através do teste Qui- Quadrado. O nível de significância adotado foi de $p \leq 0,05$.

Resultados: Dos inquiridos, 273 (79%) apresentaram um conhecimento insuficiente e 133 (38,7%) afirmam já ter consumido antidepressivos, existindo uma relação estatisticamente significativa entre o sexo e consumo sendo que as mulheres consomem mais face aos homens. Em 62% dos casos (82 consumidores) esta classe de medicamentos foi prescrita por médicos de família.

Conclusão: Este estudo revelou que existe um grande contraste de importâncias, ou seja, sendo a depressão uma das principais causas de incapacidade nos países desenvolvidos não é suficiente para protagonizar os planos de prevenção em saúde. É necessário planos exequíveis em Portugal para a prevenção e monitorização de doenças mentais, uma vez que é o país europeu com maior prevalência de doenças mentais. É necessário, a elaboração de novas investigações com intervenções comunitárias, verificando a estratégia mais eficaz para ser aplicada num futuro próximo.

Palavras-chave: Depressão, consumo e conhecimento.

Abstract

Introduction: Depression is a multifactorial disease. According to the OMS, depression was the fourth leading cause of disability, and it is estimated that by 2020, depression will go to second place on the list, just behind the heart disease, the leading cause of disability worldwide. Portugal is the European Country with the highest prevalence of mental disease in the population. According to the National Health Plan 2000-2010, depression represents a major public health problem. The aim of this study is to analyse and describe the use of antidepressants as well as the knowledge about it, to understand the factors that influence these two topics.

Methodology: This study is an observational cross-sectional analytical study. The data collection was carried out between October and November 2013, using a questionnaire. The Data analysis was performed in the statistical software Statistic Package for Social Science (SPSS) version 17.0 and also using Microsoft Excel. The inferential analysis was performed using the Chi-Square Test. The level of significance was set at $p \leq 0.05$.

Results: From the respondents, 273 (79%) had insufficient knowledge and 133 (38.7%) reported that have already used antidepressants. It was also noticed a significant statistical relationship between sex and consumption, women consume more than men. In 62% of cases (82 consumers) this class of drugs has been prescribed by family doctors.

Conclusion: This study has demonstrated an inappropriate level of importance to depression in the prevention policies of health plans, since depression is one of the leading causes of disability in developed countries. Since Portugal is the European Country with the highest prevalence of mental diseases, it's necessary to create a realistic and practical plan of prevention and monitoring for that problem. It's also needed the development of new research with community interventions, checking the most effective strategy to be applied in the near future.

Keywords: Depression, Consumption and Knowledge.

Índice Geral

Resumo.....	iii
Abstract	iv
Lista de Figuras.....	vi
Lista de Siglas e Acrónimos	vii
Lista de Tabelas e Gráficos	viii
1. Introdução.....	1
2. Material e Métodos.....	10
3. Resultados e Discussão	12
4. Conclusão	25
Referências Bibliográficas	27
Anexo	31

Lista de Figuras

Figura 1: O núcleo supraquiasmático (NSQ)	4
Figura 2: Mecanismo de ação dos princípios psicofármacos	5
Figura 3: Mecanismo de ação de antidepressivos	7
Figura 4: Mecanismo de ação da agomelatina.....	8
Figura 5: Evolução dos Medicamentos Psicofármacos (DHD), por Subgrupo Terapêutico de 2000 a 2009.....	21
Figura 6: Psicofármacos: Evolução do consumo em Portugal Continental (2000 -2012)	22

Lista de Siglas e Acrónimos

ADT: Antidepressivos Tricíclicos.

DHD: Dose Diária definida por 1000 Habitantes por dia.

d.p.: Desvio padrão.

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

et al. : entre outros.

IMAO: Inibidores da monoaminooxidase.

INFARMED IP: Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, Instituto Público

NSQ: Núcleo Supraquiasmático.

OMS: Organização Mundial de Saúde.

SNRI: Inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina.

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences.

SSRI: Inibidores seletivos da recaptação de serotonina.

Lista de Tabelas e Gráficos

Tabela 1: Critérios DSM-IV para Episódio Depressivo Major	3
Tabela 2: Caraterísticas gerais da amostra	12
Gráfico 1: Caraterização do conhecimento pelos inquiridos, em percentagem.....	13
Gráfico 2: Análise das respostas certas e erradas por questão, em frequência	14
Gráfico 3: Relação entre conhecimento efetivo e o nível de escolaridade e económico	15
Gráfico 4: Relação entre conhecimento presumido e o efetivo	15
Gráfico 5: Relação entre conhecimento efetivo e o género	16
Gráfico 6: Fontes de informação acerca desta classe de medicamento comparativamente ao nível de escolaridade, em frequência	17
Gráfico 7: Caraterização da patologia pelos inquiridos, em frequência	17
Gráfico 8: Relação entre o consumo de antidepressivos e o conhecimento dos mesmos.....	18
Gráfico 9: Relação consumo e género	18
Gráfico 10: Principais sintomas antes de iniciar a terapêutica	19

Gráfico 11: Principais fármacos consumidos	21
Gráfico 12: Efeitos secundários.....	22
Gráfico 13: Tempo que durou o primeiro tratamento, em frequência	22
Gráfico 14: Listagem do histórico de vendas de 09-2012 a 11-2013 na Farmácia Galvão	23

1. Introdução

1.1 Depressão

A depressão é uma patologia caracterizada por diversos sinais e sintomas, alterações comportamentais, emocionais e de pensamento, sendo um problema de saúde pública com impacto a diferentes níveis. Para o diagnóstico da depressão há dois sintomas essenciais a considerar nomeadamente, a perda de interesse em todas ou quase todas as atividades e a alteração persistente de humor. ^{(1) (2)}

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão foi a quarta maior causa de incapacidade, e estima-se que, até 2020, a depressão passará para o segundo lugar da lista, logo a seguir às doenças cardíacas, a principal causa a nível mundial de incapacidade. Portugal é o país da Europa com maior predomínio de doenças mentais. De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2000-2010, a depressão representava um problema primordial de saúde pública. ^{(1) (3) (4)}

O estado depressivo diferencia-se do comportamento "triste" que afeta a maioria das pessoas, por se tratar de uma condição duradoura de origem neurológica, acompanhada de vários sintomas específicos. A alteração de humor que caracteriza a depressão é patológica, uma vez que ocorre uma resposta exagerada a estímulos, com consequências a nível pessoal, profissional e social. Pode ser unipolar ou bipolar, de acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) estes dois tipos de depressão têm diferentes causas e sintomas. ^{(5) (7)}

O fluxo de informação para o cérebro ocorre através de impulsos nervosos ao longo de milhares de neurónios. Para que ocorra a transmissão desses impulsos, de um neurónio para o outro, são necessários neurotransmissores que mantêm o fluxo de informação. Na fenda sináptica, ocorre a troca de informação de um neurónio para o neurónio seguinte (através dos neurotransmissores), mantendo a transmissão da informação. ^{(1) (2)}

Segundo diversos autores, fisiopatologicamente na depressão há uma redução no sistema de monoaminas. As monoaminas representam um grupo de neurotransmissores que incluem: serotonina, dopamina, noradrenalina, entre outros. ^{(1) (2) (3)}

Por outro lado, alguns autores sugerem que o aumento da perda de células neuronais pode contribuir para a fisiopatologia da depressão, por isso, surge o interesse nos efeitos tróficos e antiapoptóticos de fármacos antidepressivos. ⁽⁵⁾

Outro aspeto pertinente a ter em conta no transtorno depressivo é a sua relação com distúrbios do sono, portanto, é essencial a avaliação do efeito de um antidepressivo no ritmo do

sono. Vários estudos apontam para uma evidência relacional entre ciclo circadiano, sistema melatonérgico e transtorno depressivo. Utentes depressivos apresentam níveis reduzidos de melatonina durante a noite e elevados de cortisol durante o dia. ^{(1) (2) (3)}

A introdução clínica de medicamentos antidepressivos no arsenal terapêutico ocorreu durante os anos cinquenta, período designado de revolução psicofarmacológica, todos estes antidepressivos exploraram os mecanismos monominérgicos envolvidos na depressão. ⁽²⁾

1.2 Diagnóstico

A elevada prevalência da depressão não faz desta patologia foco máximo de atenção por parte de quem diagnostica, pois continua a ser subdiagnosticada e subtratada. Mais de 50% dos casos passam despercebidos, sendo apenas 35% dos doentes devidamente diagnosticados e tratados. ^{(7) (8)}

Esta patologia pode apresentar uma sintomatologia muito variada, nomeadamente, sintomas somáticos (lentidão motora, anorexia, cansaço, falta de energia, falta de memória e concentração e discursos lentos), melancólicos (falta de interesse e prazer, baixa autoestima, sentimento de culpa e de inutilidade), psicóticos e neuróticos. Fisicamente, estes utentes apresentam uma imagem descuidada, falta de higiene, olhos semifechados, apatia e evitam o contacto visual. ^{(5) (7) (9)}

Vários autores justificam a elevada taxa de subdiagnóstico pela prevalência de sintomas somáticos face aos cognitivos e/ou melancólicos. Contudo, existem vários motivos que dificultam o diagnóstico e consequentemente o tratamento, nomeadamente, estigmatização da patologia como situação passageira e sem necessidade de abordagem clínica, receio dos efeitos secundários dos antidepressivos e possivelmente a falta de consciencialização dos profissionais que trabalham nos cuidados de saúde primários para o reencaminhamento a especialistas. ⁽⁸⁾

A primeira fase do diagnóstico passa por perceber qual o tipo de depressão. A unipolar (depressão distímica ou *major*) diferencia-se da bipolar pela ausência de episódios maníacos, hipomaníacos ou mistos. A depressão distímica é caracterizada pela presença de humor deprimido por um longo período de tempo (pelo menos dois anos), durante a maior parte dos dias. Alguns autores referem-se a este tipo de depressão como crónica, pelo facto de ter uma longa duração dos sintomas apesar de serem menos intensos, sendo que estes não preenchem os critérios de classificação de depressão *major*. ^{(6) (7) (10)}

Os critérios mais utilizados para o diagnóstico de depressão *major* são os presentes no DSM-IV sendo que, se estiverem presentes cinco ou mais sintomas da tabela seguinte, durante o

mesmo período de pelo menos duas semanas é diagnosticada depressão *major*. Os dois primeiros sintomas devem estar imperiosamente presentes. ⁽¹⁰⁾

Outro dos aspetos a ter em conta para o diagnóstico deste tipo de depressão é que, os sintomas presentes causam mal-estar com um impacto relevante a nível social, profissional e/ou familiar devido à sua intensidade. ⁽¹⁰⁾

Humor deprimido , durante quase todos os dias, os utentes sentem tristeza, vazio e choram com muita frequência.
Perda do interesse ou prazer pela maioria das atividades diárias, quase todos os dias (normalmente observação feita por outros). As mesmas que anteriormente tinha prazer em fazer.
Redução/aumento considerável de peso/apetite sem dieta ou algo que desencadeie esta alteração.
Insónias
Agitação ou inibição psicomotora diária.
Perda de energia
Pensamentos constantes de desvalorização
Diminuição da concentração e da capacidade de tomar de decisões
Pensamentos frequentes de morte e/ou suicídio

Tabela 1: Critérios DSM-IV para Episódio Depressivo Major

A depressão unipolar pode ser sazonal, ocorrendo em épocas de menor período de luz (inverno), desaparecendo durante a primavera e o verão, devendo-se a alterações na produção de melatonina. Pode também ser pós-parto, surge normalmente quatro semanas após o parto, sendo bastante grave e mais frequente em mulheres com propensão aos distúrbios de humor. ⁽⁵⁾
⁽¹⁰⁾

A depressão pode ainda surgir em crianças e adolescentes, sendo o sintoma mais comum a irritabilidade, comprometendo o normal crescimento psicológico e social. ⁽⁹⁾ ⁽¹⁰⁾

A depressão bipolar, também conhecida como psicose maníaco-depressiva, é um tipo de depressão onde estão presentes episódios maníacos, hipomaníacos ou mistos, acompanhados de episódios depressivos *major*. ⁽¹⁰⁾

1.3 Etiologia

Existem vários fatores de risco que podem desencadear depressão, designadamente, doenças crónicas, história familiar, traumas de infância, condição social, medicação, *stress*, género e idade. Estudos revelam que 20 a 45% das depressões distímicas devem-se à predisposição genética. A menor capacidade para lidar com pressões torna o utente mais vulnerável à patologia. As situações traumáticas/hostis podem desencadear esta patologia. ⁽⁵⁾ ⁽⁸⁾

A teoria das monoaminas bem como a alteração da atividade de alguns neurotransmissores em determinadas estruturas continua a ser a principal explicação/causa desta patologia. Novos estudos revelam evidências contra esta teoria, uma vez que o efeito terapêutico só ocorre duas semanas após o início do tratamento, e existem outros fármacos com efeitos antidepressivos sem este mecanismo de ação. ^{(5) (7)}

Outro fator de extremo impacto é a alteração do ritmo circadiano, período de aproximadamente 24 horas, onde ocorre um ciclo biológico influenciado principalmente pela variação da luz e temperatura. Regula diferentes ritmos psicológicos do corpo humano, com influência sobre o estado de vigília e sono, a renovação das células e o controlo da temperatura do organismo. É no hipotálamo que se localiza o núcleo supraquiasmático (NSQ), cuja principal função é o controlo do ciclo circadiano. ^{(11) (12) (13)}

A melatonina é uma hormona produzida pela glândula pineal, cuja produção diminui com o envelhecimento ou com situações patológicas (possui uma ação potente na indução do sono). A síntese e secreção de melatonina determinam o papel fisiológico da glândula pineal, nomeadamente sinalizar para o meio interno se é noite ou dia no meio exterior. Deste modo, a glândula pineal, conjuntamente com o núcleo supraquiasmático, constituem parte importante do sistema neuro-endócrino. ⁽¹⁴⁾

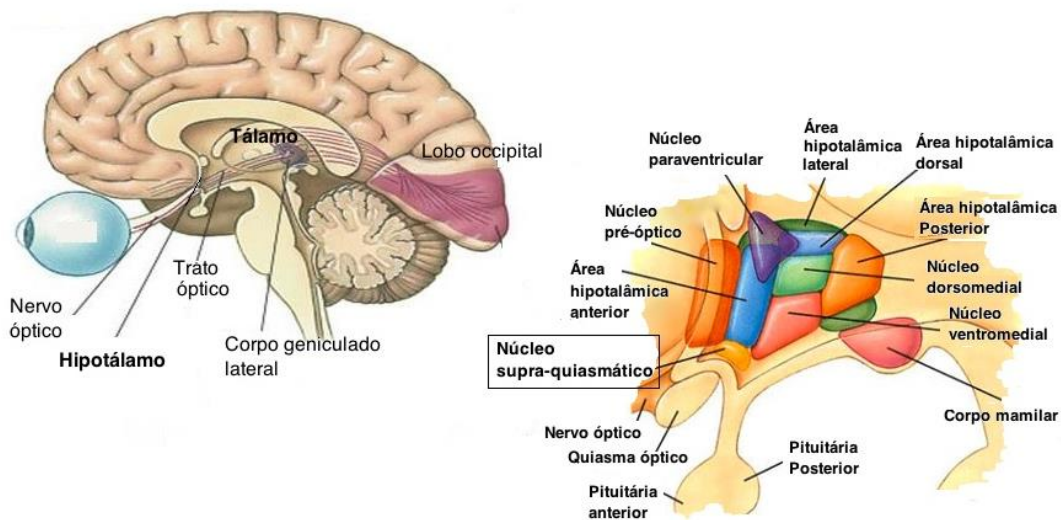


Figura 1: O núcleo supraquiasmático(NSQ). ⁽²⁵⁾

1.4 Tratamento

Os antidepressivos são a terapêutica de primeira linha na maioria das depressões, contudo a psicoterapia tem demonstrado acentuada importância na recuperação dos utentes, bem como a combinação de ambas. ⁽⁹⁾

A psicoterapia é crucial em situações ligeiras, muitas vezes em monoterapia, bem como em situações graves em combinação com farmacoterapia. O objetivo é orientar o pensamento do utente, de modo a desviar-se de sentimentos de culpabilização, desenvolver técnicas de fortalecimento e valorização pessoal, resolução de dificuldades e conflitos pessoais. Existem vários tipos de psicoterapia, designadamente psicoterapia interpessoal, de apoio, cognitiva, dinâmica e terapia do casal. Conforme o objetivo, o médico procede à escolha do tipo. ^{(7) (9)}

Existem várias medidas não farmacológicas que podem prevenir a depressão:

- ✓ Prática de exercício físico.
- ✓ Alimentação saudável.
- ✓ Exercícios de relaxamento.
- ✓ Educar o sono.
- ✓ Evitar o isolamento.

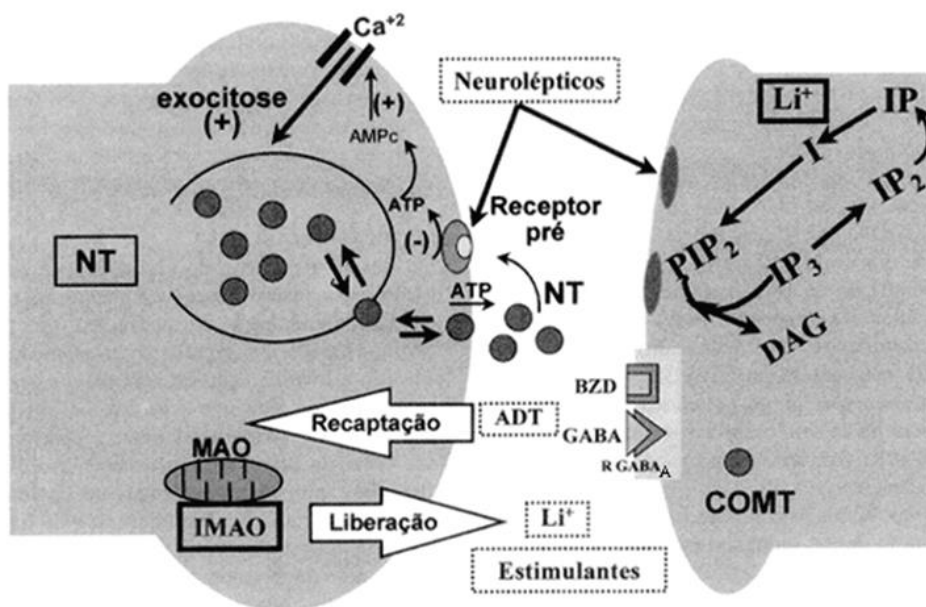


Figura 2: Mecanismo de ação dos principais psicofármacos. ⁽²⁶⁾

A teoria proposta por Schildkraut em 1965 das monoaminas pressupõe que a depressão advém de alterações funcionais na transmissão de noradrenalina ou serotonina no sistema nervoso central. ⁽²⁷⁾

Os constantes progressos da terapêutica farmacológica revolucionou o tratamento da depressão, com elevado impacto social. Segundo a *“Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder”* da *American Psychiatric Association* as diferentes substâncias antidepressivas disponíveis, não apresentam diferenças significativas de efetividade terapêutica. Além disso, o efeito terapêutico ocorre passado duas a quatro semanas do início do tratamento. A escolha do antidepressivo deve ter em conta o perfil farmacocinético (como por exemplo: tempo de semivida e interação com o citocromo P450) e os potenciais efeitos adversos, características que diferem conforme a substância. ^{(4) (15) (16)}

Os principais grupos de antidepressivos são: ⁽²⁾

- ✓ Antidepressivos de primeira geração: Inibidores da monoaminoxidase (IMAO) e antidepressivos tricíclicos (ADT).
- ✓ Antidepressivos de segunda geração: Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (SSRI) e inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina (SNRI).
- ✓ Outros antidepressivos.

Uma das classes de antidepressivos de primeira geração apresenta uma estrutura química com 3 anéis, designando-se por tricíclicos (exemplos de fármacos: amitriptilina, clomipramina e imipramina). Inibem não seletivamente a recaptação de noradrenalina e serotonina, inibindo em menor proporção a recaptação de dopamina. Apesar da inibição ser imediata, os efeitos clínicos surgem após duas semanas do início da administração, consequentes da ação do fármaco. Os efeitos secundários mais comuns são: sedação, efeitos anticolinérgicos e hipotensão ortostática, contudo as potenciais reações dependem do tipo de fármaco. ^{(2) (15) (17)}

Os primeiros fármacos clinicamente ativos no tratamento desta patologia foram os inibidores da monoaminoxidase (IMAOs), estes inibem a monoaminoxidase (MAO), levando a um aumento da concentração dos neurotransmissores na fenda sináptica. Todavia o risco de diversas reações adversas faz com que não sejam terapêutica de primeira linha. Foram desenvolvidos fármacos com inibição seletiva de um dos subtipos desta enzima (A), com menos riscos (moclobemida e o pirlindol comercializados em Portugal). ^{(2) (15) (17)}

Focada cada vez mais na atividade neuroquímica, a indústria farmacêutica desenvolveu novos fármacos, mais seguros e com maior tolerabilidade face aos de primeira geração, os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS). Estes são a primeira linha no tratamento da depressão. Estes fármacos podem desencadear hipertermia, anorexia e perda de peso, náuseas, diarreia, insónias, rigidez muscular, tremores, cefaleias e disfunção sexual, como

principais efeitos secundários (exemplos de fármacos: citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, e sertralina).^{(2) (15) (17)}

Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina e noradrenalina (ISRSN) não apresentam afinidade para recetores, o que minimiza as reações adversas a nível do sistema nervoso central e do aparelho cardiovascular, daí a sua tolerabilidade ser também superior aos de primeira geração (exemplos de fármacos: duloxetina e venlafaxina).^{(2) (15) (17)}

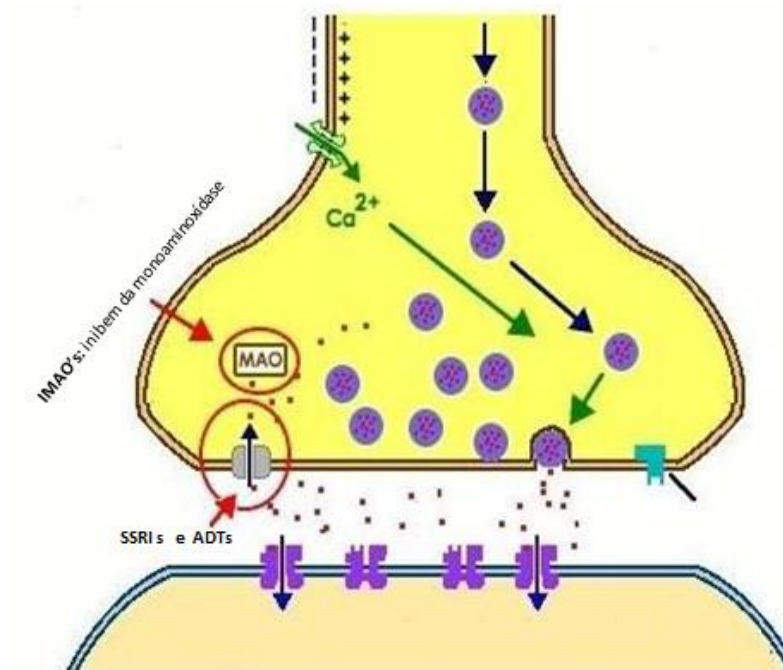


Figura 3: Mecanismo de ação de antidepressivos.⁽⁷⁾

Face às necessidades no que toca à terapêutica da depressão, surge o primeiro e único antidepressivo que tem como alvo os recetores melatonérgicos MT1 e MT2 e os recetores 5-HT2C, sem impacto nos níveis de serotonina. A Agomelatina é um fármaco pioneiro que permite uma nova abordagem totalmente inovadora no controlo e tratamento desta patologia. É o resultado de um extenso estudo farmacológico, envolvendo centros de investigação do mundo inteiro. Atua, simultaneamente, como agonista dos recetores melatonérgicos MT1 e MT2 e antagonista de 5-HT2C. Deste modo, a agomelatina resincroniza os ritmos circadianos que estão extremamente alterados nos utentes deprimidos.^{(15) (18)}

A agomelatina foi descoberta e desenvolvida pela Servier, uma companhia farmacêutica francesa. Este fármaco recebeu autorização para comercialização na União Europeia, em Fevereiro de 2009, e está atualmente disponível em vários países para o tratamento da depressão.^{(11) (15) (18)}

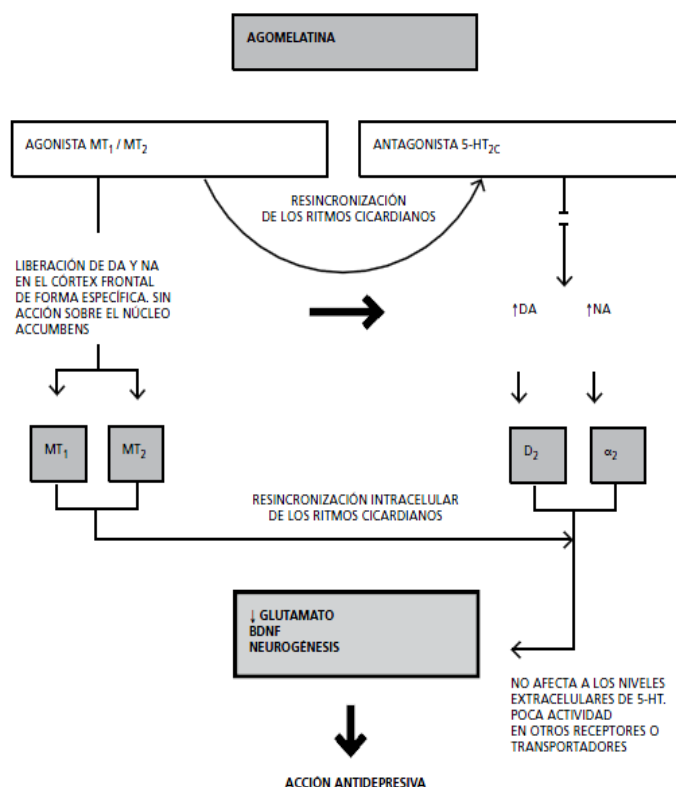


Figura 4: Mecanismo de ação da Agomelatina. ⁽²⁸⁾

1.5 Objetivo do estudo

O objetivo geral deste estudo é analisar e descrever o consumo e o conhecimento de antidepressivos, e perceber o que influencia estas duas variáveis na população de Arganil.

Outros objetivos específicos:

- ✓ Caracterizar sociologicamente a população em estudo;
- ✓ Observar o consumo de antidepressivos;
- ✓ Observar o nível de conhecimento de antidepressivos;
- ✓ Identificar as principais causas de depressão;
- ✓ Analisar o nível de conhecimento da patologia, e o modo de como a mesma influencia o consumo correto de antidepressivos;
- ✓ Identificar o(s) fármaco(s) mais utilizado(s);
- ✓ Identificar vantagens e desvantagens dos antidepressivos;
- ✓ Verificar se o uso é ou não racional;
- ✓ Perceber de que modo a depressão condiciona a qualidade de vida dos utentes;

- ✓ Evidenciar a necessidade de um acompanhamento acrescido na terapêutica da depressão.

A depressão, em termos mundiais, é altamente prevalente e incapacitante, sendo o transtorno mental, mais comum em serviços de saúde primários, com uma prevalência de 10% a 20%, podendo acometer qualquer faixa etária, e se não for tratada pode ter uma duração variável de meses a anos. Neste sentido, julga-se pertinente o presente estudo.

2. Material e Métodos

Este trabalho é um estudo analítico, observacional e transversal.

A recolha dos dados foi realizada entre Outubro e Novembro de 2013, com recurso a um questionário, elaborado a partir da revisão da literatura disponível, tendo como modelo outros questionários realizados em estudos anteriores^{(5) (24)}.

O questionário foi estruturado em quatro partes. A primeira parte corresponde aos dados pessoais nomeadamente idade, sexo, nível de escolaridade, situação profissional e nível económico. A segunda parte corresponde ao conhecimento acerca dos antidepressivos, constituída por 14 questões com possibilidade de resposta “Verdadeiro” ou “Falso”. Às respostas erradas foi atribuído o valor “0” e às respostas corretas “1”, resultando assim uma pontuação entre 0 (nenhuma resposta certa) e 14 (todas as respostas certas). Foi estabelecido um critério para avaliar o conhecimento dos inquiridos, considerando a existência de um conhecimento suficiente para um número de respostas corretas superior ou igual a 11. O critério de avaliação foi mais rigoroso, uma vez que a maioria dos inquiridos, quando não sabia respondia falso. Caso os inquiridos respondessem tudo falso acabavam por ter um conhecimento que não correspondia à realidade.

A terceira parte do questionário indaga o inquirido sobre o que para ele é a depressão: “Uma doença psiquiátrica incapacitante.”, “Uma mania.”, “Uma doença que só apanha as pessoas fracas.” ou “Uma situação passageira de tristeza.” A quarta parte teve como objetivo avaliar o consumo de antidepressivos.

Recolheram-se os dados na farmácia Galvão e noutras instituições de Arganil, nomeadamente, departamento das finanças, consultório do Dr. Barreto Leite e Lar de idosos. Antes da recolha efetuou-se um pré-teste de modo a avaliar a compreensão e a clareza do questionário e corrigir eventuais incoerências. O método de amostragem foi do tipo não probabilística e quanto à técnica, de conveniência. A amostra foi calculada a partir de um nível de significância de 95% para um intervalo de confiança de 5%, resultando em 343 elementos.

Foram integrados no estudo habitantes do município de Arganil, independentemente do sexo, com idade superior ou igual a 18 anos e que se dispuseram voluntariamente a participar no estudo, respondendo ao questionário distribuído.

O tratamento dos dados foi executado com o auxílio do software estatístico Statistic Package for Social Science (SPSS) na versão 19.0 e Microsoft Excel, e posteriormente apresentadas no Microsoft Word. Para o estudo dos dados obtidos utilizaram-se distribuições de frequência e

tabulações cruzadas, bem como o teste da independência Qui-Quadrado. O nível de significância adotado foi de $p \leq 0,05$.

A complexidade da investigação pode desencadear comportamentos inoportunos, pelo que todo o investigador deve ter em conta as questões éticas. Os problemas éticos podem advir do próprio tema em estudo, bem como do modo que é executado. Assim, para a realização deste estudo, a equipa de investigação necessitou do consentimento de cada participante. O respeito pela privacidade foi garantido com a confidencialidade e o anonimato dos dados. A investigação foi realizada para fins académicos, sem quaisquer interesses pessoais, lucrativos ou outros.

3. Resultados e Discussão

3.1 Caraterização da amostra

Dos 344 habitantes do município de Arganil que responderam ao questionário, 245 (71,2%) pertencem ao sexo feminino e 99 (28,8%) ao sexo masculino. A idade varia entre os 18 e os 83 anos, sendo a média de 42,76 anos ($d.p=13,94$ anos). Mais de metade dos inquiridos tem emprego (61,3%), sendo o ensino secundário o nível de escolaridade predominante (40,7%). Os inquiridos são predominantemente casados, sendo o nível económico médio o mais abundante. (Tabela 2)

Variável		Frequência	Percentagem (%)
Nível de escolaridade	Primeiro ciclo	54	15,7
	Ensino básico	89	25,9
	Ensino secundário	140	40,7
	Ensino superior	61	17,7
Situação profissional	Desempregado	89	25,9
	Empregado	211	61,3
	Reformado	44	12,8
Situação familiar	Casado(a)	213	61,9
	Solteiro(a)	84	24,4
	Divorciado(a)	20	5,8
	Separado(a)	4	1,2
	Viúvo(a)	22	6,4
	Junto(a)	1	0,3
Nível económico	Alto	2	0,6
	Médio alto	15	4,4
	Médio	167	48,5
	Médio baixo	126	36,6
	Baixo	34	9,9
Total		344	100

Tabela 2: Caraterísticas gerais da amostra.

3.2 Conhecimento sobre antidepressivos

De acordo com a autoavaliação do conhecimento acerca de antidepressivos, 42% dos inquiridos afirma ter conhecimento suficiente.

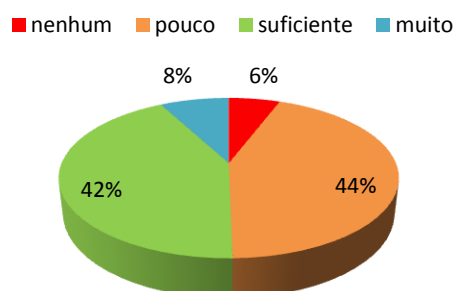
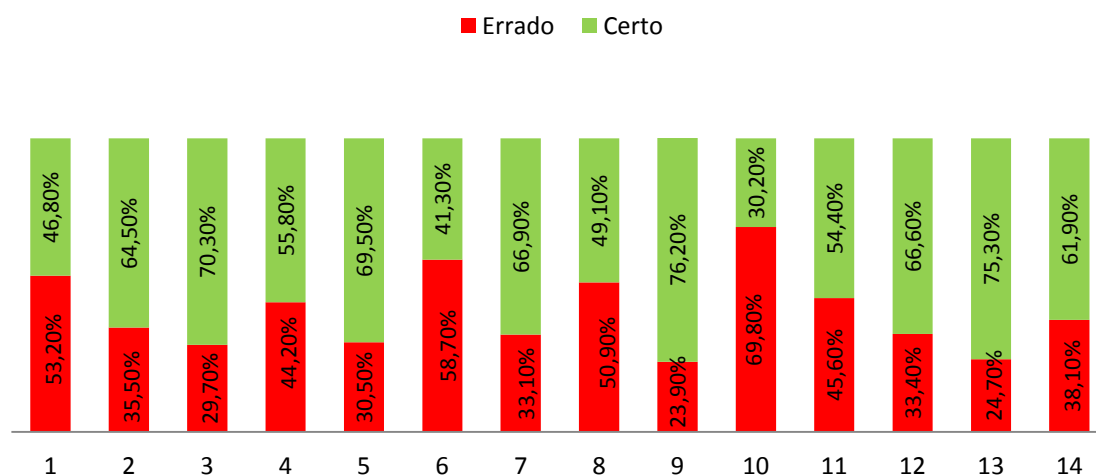


Gráfico 1: Caracterização do conhecimento presumido pelos inquiridos, em percentagem.

Para mensurar o conhecimento sobre antidepressivos foram apresentadas 14 questões aos inquiridos, que se encontram no gráfico 2. Analisando pormenorizadamente tais questões, verifica-se que mais de metade dos inquiridos (58,7%) pensa que os antidepressivos são calmantes, sendo o alprazolam apontado erradamente por 69,8% dos inquiridos como um antidepressivo. Por outro lado, mais de 70% dos inquiridos sabem que os antidepressivos não são tomados quando se está triste e não aliviam imediatamente o sintoma, e mais de 75% dos inquiridos sabem que estes medicamentos apresentam efeitos secundários e podem provocar habituação.

Verificou-se ainda que 61,9% dos inquiridos sabem que os antidepressivos não podem ser adquiridos sem receita médica, constatando-se que as mulheres (51,1%) acertam mais esta questão do que os homens (10,8%), havendo uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Verificou-se também uma relação estatisticamente significativa da mesma questão face ao consumo ($p = 0,015$), sendo que quem nunca consumiu acertou menos (56,9%) relativamente aos que já consumiram (69,9%), tal como seria de esperar.

No que concerne ao conhecimento efectivo sobre antidepressivos, obtido à custa das 14 questões apresentadas no gráfico 2, verifica-se que 79% (273) dos inquiridos apresentam um conhecimento insuficiente e apenas 21% (71) apresentam conhecimento suficiente.



Legenda: 1: Devem ser tomados sempre de manhã; 2: Interferem, na maioria, com a recaptação de um ou mais neurotransmissores; 3: Não são tomados quando se está triste e não aliviam imediatamente o sintoma; 4: Em média, produzem a melhoria dos sintomas cerca de 60%, no espaço de um mês; 5: São utilizados num curto período de tempo; 6: Os antidepressivos não são calmantes; 7: O aparecimento do efeito terapêutico não ocorre na primeira semana; 8: Não são utilizados apenas para o tratamento de episódios depressivos; 9: Apresentam efeitos secundários; 10: O alprazolam não é um antidepressivo; 11: De modo geral, os efeitos colaterais comuns consistem em náuseas, anorexia, insónia, inquietação, falta de orgasmo e hipotensão postural; 12: A descontinuação do tratamento deve ser feita gradualmente; 13: Os antidepressivos são medicamentos que podem provocar habituação; 14: Não Podem ser adquiridos sem receita médica.

Gráfico 2: Análise das respostas sobre o conhecimento por questão.

Existe uma relação estatisticamente significativa entre o conhecimento e o nível de escolaridade ($p < 0,001$), bem como o conhecimento e o nível económico ($p = 0,003$). À medida que o nível de escolaridade aumenta o conhecimento insuficiente diminui e o suficiente aumenta. Apenas 3,70% dos inquiridos com primeiro ciclo possui conhecimento suficiente, enquanto com ensino superior a percentagem de inquiridos com conhecimento suficiente é de 37,7%. Esta relação também é notória com o nível económico, à medida que o nível económico diminui o conhecimento suficiente também diminui. (Gráfico 3)

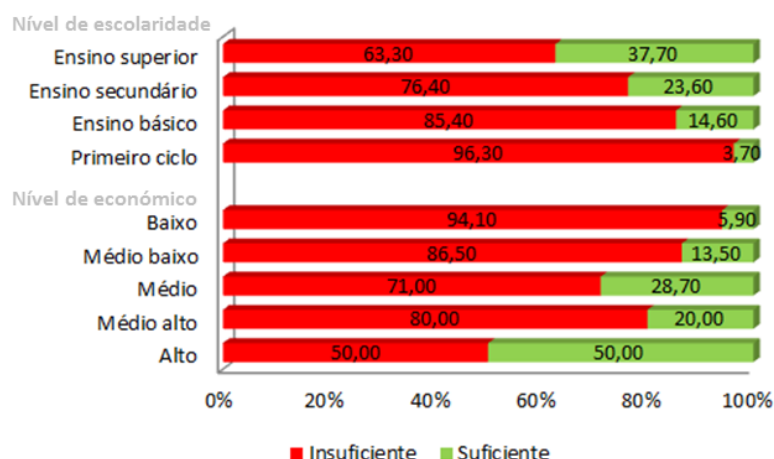


Gráfico 3: Relação entre conhecimento efetivo e o nível de escolaridade e económico.

Tal como mostra o gráfico 4, dos inquiridos que referiram ter conhecimento suficiente e muito, na verdade, 76,7% e 55,6% respetivamente mostraram ter conhecimento insuficiente. Verificou-se ainda existir uma relação estatisticamente significativa entre o conhecimento efetivo e presumido ($p=0,002$). À medida que o conhecimento presumido aumenta o efetivo também, contudo em qualquer um dos conhecimentos presumidos o conhecimento insuficiente efetivo é prevalente face ao suficiente.

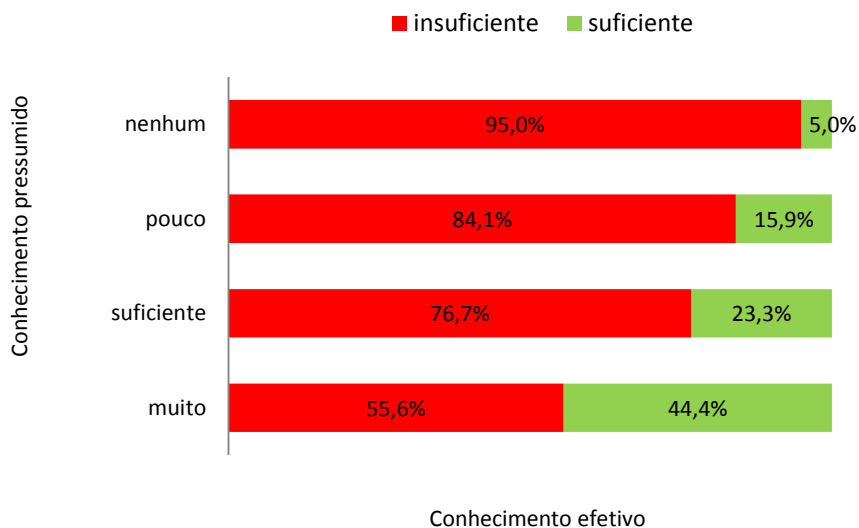


Gráfico 4: Relação entre conhecimento presumido e o efetivo.

Tal como mostra o gráfico 5, são os homens quem mais possui conhecimento insuficiente face às mulheres, havendo uma relação estatisticamente significativa entre o género e o

conhecimento ($p=0.028$). Esta situação pode dever-se ao facto das mulheres serem as principais consumidoras desta classe de medicamentos.

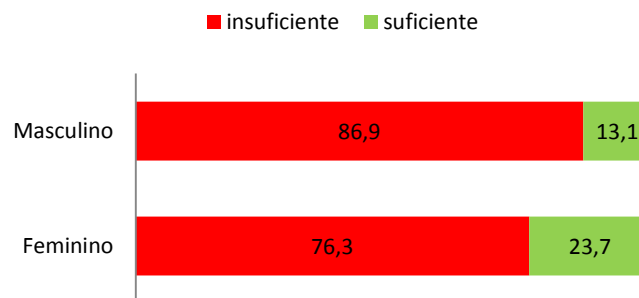


Gráfico 5: Relação entre conhecimento efetivo e o género.

3.3 Fontes de informação sobre antidepressivos

A fonte de informação, sobre antidepressivos, mais referenciada foram os profissionais de saúde (40,4%), seguida da comunicação social, jornais e internet (27,9%). Apenas 6,7% referencia o folheto informativo como fonte de informação e 25% recorre a amigos, família e namorado.

Tal como mostra o gráfico 6, à medida que o nível de escolaridade diminui há uma maior procura de informação através de profissionais de saúde, 46,3% dos inquiridos com o primeiro ciclo procuram os profissionais de saúde enquanto que apenas 32,8% dos inquiridos com ensino superior procuram esta fonte de informação. Por outro lado, são os indivíduos com mais formação que mais recorrem aos meios de comunicação social para se informarem sobre os antidepressivos.

Observou-se ainda uma relação estatisticamente significativa entre as fontes de informação e o nível de escolaridade ($p=0,045$). Constata-se um ciclo correlacional entre o conhecimento, nível de escolaridade e fonte de informação, isto é, quem tem menos conhecimento são os que possuem menor nível de escolaridade, sendo a fonte de informação mais procurada por estes indivíduos os profissionais de saúde. Deste modo, trabalhando esta percentagem de inquiridos contrariava-se a tendência de conhecimentos insuficientes e permitia-se uma melhor abordagem à patologia e terapêutica.

Existe uma relação estatisticamente significativa entre as fontes de informação e o género ($p=0.021$), verificando-se que as mulheres referem mais os profissionais de saúde como fonte de informação em relação aos homens (43,7% e 32,3%, respetivamente).

Após a análise do conhecimento efetivo e das relações estatísticas com diferentes variáveis, denota-se a existência de falhas no que toca à literacia em saúde. Existe a falta de

competências cognitivas e sociais, que desencadeiam comportamentos inadequados em saúde.⁽³²⁾

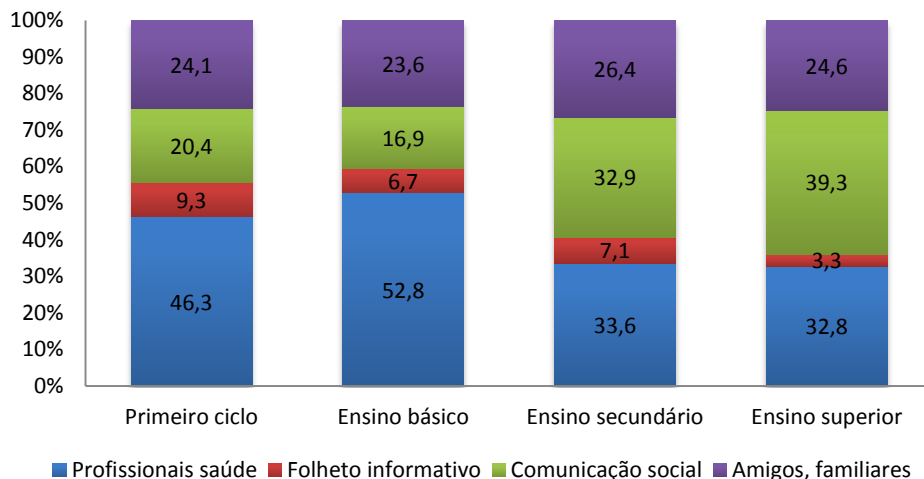


Gráfico 6: Fontes de informação sobre antidepressivos vs nível de escolaridade, em frequência.

3.4 Conhecimento sobre a depressão

Tal como mostra o gráfico 7, a maioria dos inquiridos define a depressão como uma doença psiquiátrica incapacitante, contudo 40,7% desvaloriza/desconhece a doença desconhecendo o impacto que a mesma apresenta na sociedade.

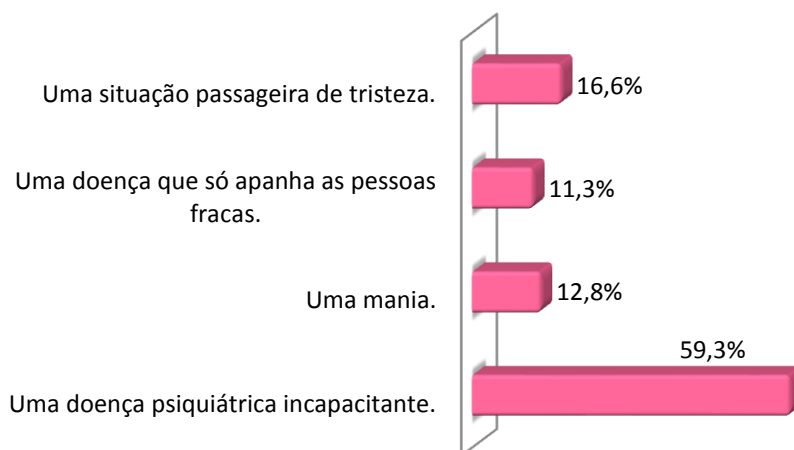


Gráfico 7: Caracterização da depressão pelos inquiridos.

Existe uma relação estatisticamente significativa entre o género e a caracterização da patologia ($p=0,000$), as mulheres são mais conscienciosas da patologia face aos homens.

3.5 Consumo de antidepressivos

Dos inquiridos, 133 (38,7%) afirmam já ter consumido antidepressivos, sendo os problemas pessoais e sentimentais apontados por 84 (63,2%) inquiridos que consumiram como principal causa da depressão.

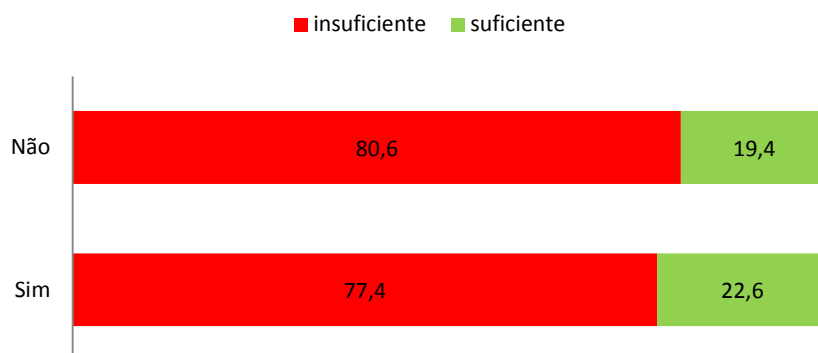


Gráfico 8: Relação entre o consumo de antidepressivos e o conhecimento dos mesmos.

Não existe uma relação estatisticamente significativa entre o consumo e conhecimento ($p=0,486$), observando-se que quem nunca consumiu, possui um conhecimento suficiente semelhante a quem já consumiu (apenas com uma diferença de 3,2%).

O mesmo não se pode constatar entre o género e o consumo, no qual se observou uma relação estatisticamente significativa ($p<0,001$), como mostra o gráfico 9. Mais do dobro das mulheres (48,2%) face aos homens já consumiu esta classe de medicamentos. No sexo masculino a percentagem de consumo é de 15,2.

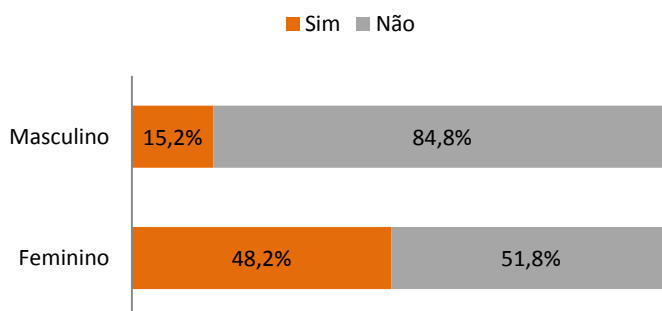


Gráfico 9: Relação consumo e género.

De acordo com a literatura disponível as mulheres têm mais propensão para deprimirem. Segundo a OMS, o número de mulheres com depressão é aproximadamente o dobro do número de homens. Esta predisposição segundo o género também se verifica neste estudo, podendo estar associada principalmente a fatores hormonais e psicossociais. As grandes modificações/variações hormonais a partir da adolescência, a maior tendência para ideias negativas e a estigmatização do género para alguns cargos profissionais torna as mulheres mais vulneráveis à patologia. ^(5) 20)

Um estudo epidemiológico feito por J. Marques Teixeira (1998), constata que a mulher é de facto mais suscetível à depressão, sendo a média da razão entre os sexos de 2 para 1. Sendo os acontecimentos traumáticos a principal causa da depressão, seguido dos fatores genéticos. O mesmo se verifica neste estudo. ^{(8) (29)}

Quase 50% dos utentes são inicialmente medicados com ansiolíticos, daí a associação do alprazolam, um dos ansiolíticos mais prescritos, à depressão. ⁽¹⁵⁾

Neste estudo as perturbações do sono, fadiga e pouca energia são apontadas como o sintoma mais frequente antes de iniciar a terapêutica, como mostra o gráfico 10. Esta situação poderá ocultar a patologia, sendo reduzida a uma mera perturbação do sono passível de tratamento com ansiolíticos. Este facto leva mais uma vez à estigmatização da doença.

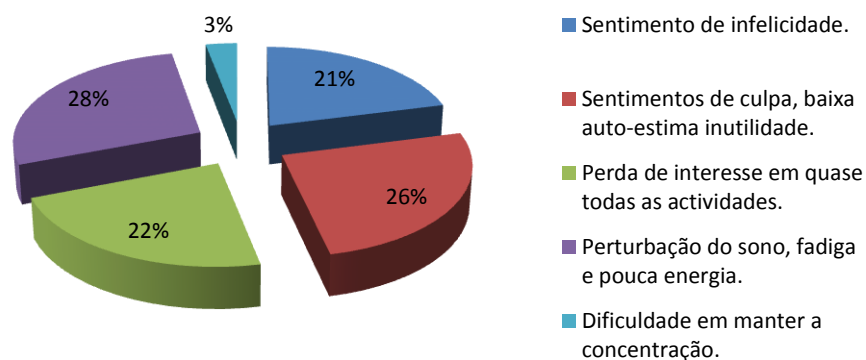


Gráfico 10: Principais sintomas antes de iniciar a terapêutica.

Em 62% dos casos (82 consumidores) esta classe de medicamento (antidepressivos) foi prescrita por médicos de família. Não há relação estatisticamente significativa entre quem

prescreve e o conhecimento ($p=0,287$), contudo dos 82 utentes medicados pelo médico de família, 66 apresenta conhecimento insuficiente. Um estudo feito por Bruno Gonçalves e Teresa Fagulha em 2004, salienta que grande parte das depressões é tratada pelo médico de clínica geral e que o número de pacientes com esta patologia que recorre aos serviços primários é duas vezes superior quando comparada com serviços de psiquiatria. Segundo este estudo, existe uma falha de 50% dos diagnósticos feitos pelo médico de família, dado de extrema importância, sendo a principal causa a prevalência de sintomas somáticos. Em Portugal, 75% dos utentes deprimidos que recorrem aos serviços primários com queixas sobretudo somáticas, apenas 25% iniciam o tratamento, enquanto 40% são medicados com ansiolíticos. E em 33% dos casos só passado um ano iniciam o tratamento para a depressão. ⁽⁴⁾

O resumo executivo do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 revela que a depressão foi subestimada no passado, por considerarem na abordagem das doenças, apenas as taxas de mortalidade e ignorarem o número de anos de vida vividos com incapacidade. A depressão é a principal causa de incapacidade nos países desenvolvidos, sendo uma ameaça à saúde pública e à economia. Portugal é o país europeu com maior prevalência de doenças mentais. ^{(4) (20)}

De acordo com a OMS, os serviços de saúde mental devem garantir a equidade a todos os utentes, assegurar os cuidados essenciais independentemente da área de residência, possuir um conjunto vasto de unidades e programas, permitir a cooperação familiar para uma recuperação mais eficaz do utente, entre outros aspetos. Contudo, esta ainda é uma realidade longínqua em Portugal devido à falta de planeamento e de apoio consistente à melhoria dos serviços de saúde mental, fazendo com que estes serviços apresentem graves insuficiências.

As equipas de profissionais de saúde mental continuam a contar com um escasso número de psicólogos, enfermeiros, técnicos de serviço social, terapeutas ocupacionais e outros profissionais não médicos. ^{(4) (20)}

Outros aspetos que enfraquecem este serviço em Portugal são a reduzida participação de utentes e familiares, ausência de programas de prevenção e reduzida abordagem científica. ⁽⁴⁾

Face às implicações sociais e económicas desta patologia, a mesma carece de uma abordagem devidamente séria e pertinente, sendo o reencaminhamento para especialista o ponto de partida para o correto tratamento da doença. Sendo a mulher a mais afetada pela patologia, o planeamento familiar deveria contemplar um espaço para a abordagem desta temática, envolvendo mais os enfermeiros no tratamento e prevenção. ^{(4) (29)}

Nos últimos seis meses do ano 2013, 77 (57,9%) dos inquiridos, neste estudo, afirmaram ter consumido antidepressivos (a primeira vez para 28 inquiridos), sendo a fluoxetina o fármaco mais consumido, como mostra o gráfico 11.

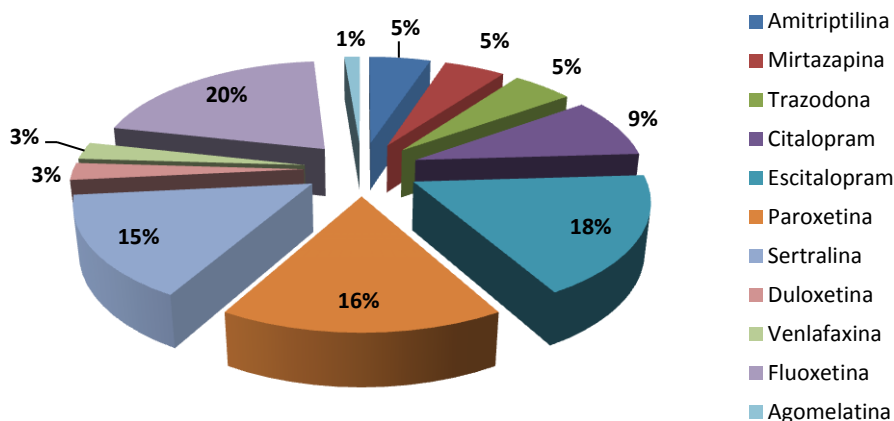


Gráfico 11: Principais fármacos consumidos.

Segundo o estudo de Lima D. et al (2013), a fluoxetina é o fármaco mais prescrito para a depressão, sendo mundialmente o mais utilizado. O mesmo se verificou neste estudo e, segundo o manual “Como vencer o stress, a ansiedade e a depressão” esta ampla utilização de fluoxetina é devida a menor incidência de efeitos secundários quando equiparada a outros fármacos antidepressivos. Sendo o efeito secundário mais comum a perda de desejo sexual. ⁽³⁰⁾

Esta associação também é notória neste estudo, pois é o fármaco e um dos efeitos secundários mais referenciado pelos inquiridos, como mostra o gráfico 12.

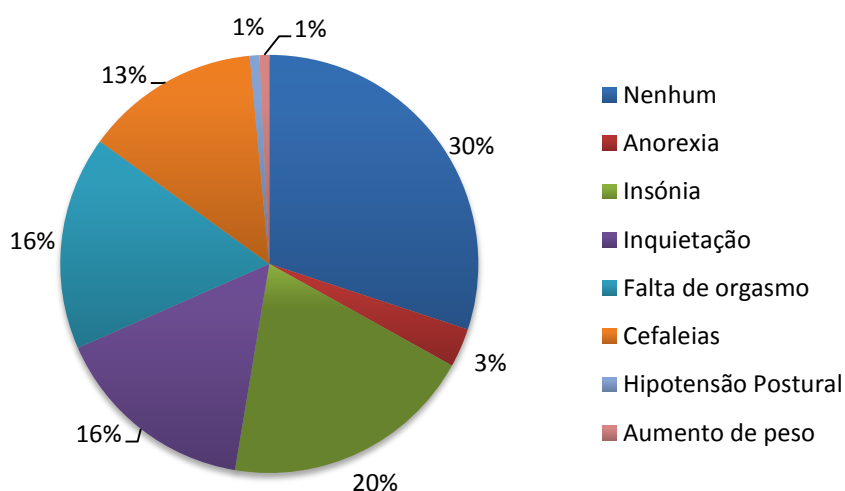


Gráfico 12: Efeitos secundários.

No estudo do INFARMED I.P. a fluoxetina também foi o fármaco mais consumido. De acordo com esse mesmo estudo, o consumo de antidepressivos de 2000 a 2009 apresentou uma maior variação, refletindo o crescimento de utilização deste grupo. A evolução do consumo é analisada através da DHD (dose diária definida por 1000 habitantes por dia, ou seja, proporção da população que diariamente recebe tratamento com determinado fármaco numa determinada dose média) (figura 5).

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Variação	Peso na variação
Ansiosolíticos, Sedativos e Hipnóticos	91	94	89	87	92	93	95	98	97	101	11%	15%
Antipsicóticos	5	6	7	8	8	9	10	10	11	12	140%	11%
Antidepressores	26	29	38	40	46	49	54	59	65	72	177%	73%
Lítio	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	39%	0%
Psicofármacos	123	129	135	135	147	151	159	168	173	186	52%	100%

Figura 5: Evolução dos Medicamentos Psicofármacos (DHD), por Sub-Grupo Terapêutico de 2000 a 2009. ⁽²³⁾

No estudo apersentado em 2013, os antidepressivos continuam a ser o sub grupo terapêutico com maior variação, consumo e despesa. ^{(23) (31)}

Ano	Ansiosolíticos/sedativos e Hipnóticos	Antipsicóticos	Antidepressores	Lítio
2000	91	5	26	0
2012	96	14	88	0,7
Variação (2000-2012)	6%	171%	240%	60%

Figura 6: Psicofármacos: Evolução do consumo em Portugal Continental (2000 -2012). ⁽³¹⁾

O gráfico 13 expressa a duração do tratamento dos utentes que já consumiram outras vezes.

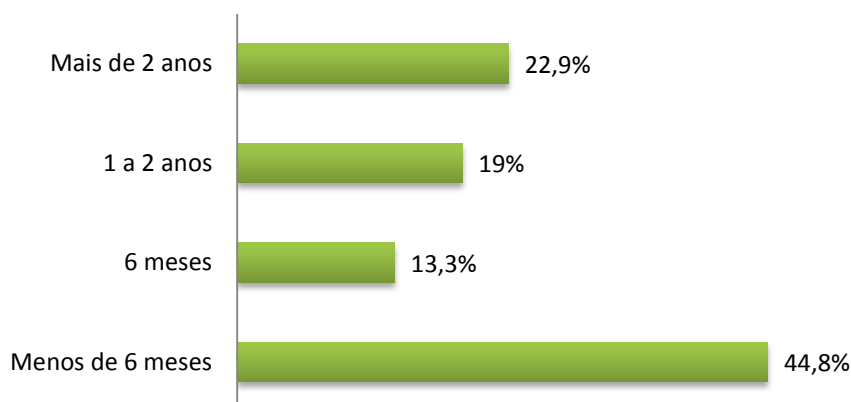


Gráfico 13: Tempo que durou o primeiro tratamento.

O tratamento da depressão poderá ter três fases, aguda (6 a 12 semanas), de continuação (4-9 meses) e de manutenção (1 ou mais anos). A primeira fase pretende a remissão dos sintomas e a normalização da vida pessoal do utente. A segunda fase visa impedir recaídas derivadas, sobretudo da suspensão precoce da terapêutica. Mantém-se a dose de antidepressivo usado na primeira fase. Considera-se a recuperação do utente se houver remissão dos sintomas por um período de seis a nove meses. Neste momento, o medicamento é suspenso gradualmente. Sendo assim, o tratamento deve contemplar pelo menos as duas primeiras fases.⁽⁹⁾

Através deste estudo, apercebemo-nos que uma das falhas graves para o subtratamento é o não cumprimento da duração ideal do tratamento, ou seja, o efeito clínico pode ocorrer passado duas a quatro semanas, contudo deve-se manter a terapêutica durante seis a nove meses após assintomatização da patologia. Deste modo, o tratamento mínimo varia entre sete a dez meses. A maioria dos inquiridos afirma que o tratamento durou menos de seis meses, tempo insuficiente para se obter um resultado devidamente efetivo, pois, as recaídas são na maioria mais difíceis de tratar do que as depressões iniciais. Por vezes, nestes casos, têm que se associar outras classes de fármacos devido à gravidade e intensidade da patologia.

A maioria dos antidepressivos é administrada de manhã, facto que também se constata no presente estudo, sendo que 81% dos consumidores administra o antidepressivo ao pequeno-almoço, 2% ao almoço e 17% ao jantar. Devido ao mecanismo de ação esta é fase do dia em que os mesmos devem ser administrados.

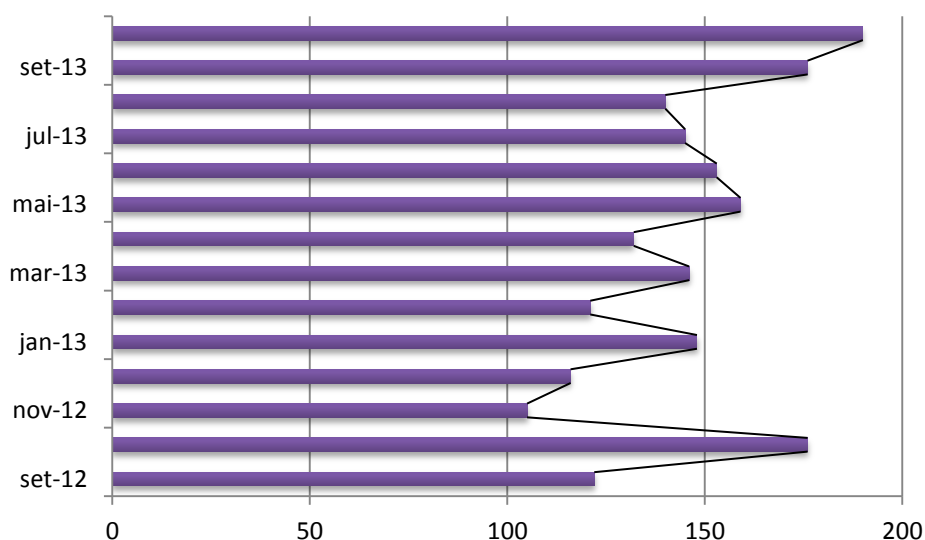


Gráfico 14: Listagem do histórico de vendas de 09-2012 a 10-2013 na Farmácia Galvão.

Na farmácia onde se recolheu grande parte da amostra do presente estudo, de Setembro de 2012 a Outubro de 2013, foram vendidas 2029 embalagens de medicamentos antidepressivos, sendo a sertralina o fármaco com maior número de vendas, ultrapassando as 600 unidades. As vendas refletem a sazonalidade da doença, caracterizada por episódios depressivos frequentes no outono e no inverno e a redução da incidência da depressão na primavera e no verão. Este facto é evidenciado no estudo de José Alberto Del Porto, referindo que nas zonas onde as estações do ano são bem definidas é notório a incidência de depressões no outono e no inverno, sendo a alteração sazonal precipitante da patologia.⁽²¹⁾

Este tipo de depressão (sazonal) manifesta-se durante dois anos consecutivos no outono ou inverno com remissão na primavera ou verão. Possui características que a distingue dos outros tipos de depressão, nomeadamente, aumento do apetite, com a necessidade de hidratos de carbono, e aumento do sono.⁽²²⁾

4. Conclusão

Este estudo revelou que existe um grande contraste de importâncias, ou seja, sendo a depressão uma das principais causas de incapacidade nos países desenvolvidos não é suficiente para protagonizar os planos de prevenção em saúde.

É necessário planos exequíveis em Portugal para a prevenção e monitorização de doenças mentais, uma vez que é o país europeu com maior prevalência de doenças mentais.

Em primeira instância o utente e a família devem entender a patologia para posteriormente aderirem e cumprirem com o tempo previsto do tratamento, sendo esta a primeira grande falha no plano de saúde. No século XXI existirem pessoas a julgar que a depressão é uma mania, é sinal que ainda há muito trabalho a fazer nesta área.

As perguntas impõem-se: Quem deve passar informação sobre a terapêutica? Quem não está a fazê-lo?

Se os utentes procuram em primeira linha os cuidados de saúde primários, devem estar neste estabelecimento as soluções desta problemática. O próprio resumo executivo do Plano Anual de Saúde Mental assume que uma das grandes falhas em Portugal é a assimetria na distribuição de psiquiatras entre hospitais psiquiátricos e departamentos de psiquiatria e saúde mental de hospitais gerais. O mesmo refere que os cuidados primários devem definir de forma clara o plano de atuação e responsabilização, contemplar mais formação e especialização no âmbito da saúde mental, apostar na quantidade/qualidade da informação prestada e monitorizar periodicamente os utentes. Este estudo reforça ainda mais, a necessidade de um serviço sustentável e capaz de dar resposta aos utentes. O objetivo principal é reverter as elevadas taxas de prescrição de antidepressivos pelos médicos de família.

A depressão deve ser abordada como uma patologia diferenciada, ou seja, tal como um problema cardíaco é reencaminhado para o cardiologista, um utente com suspeita de depressão deve ser reencaminhado para o psiquiatra. O sucesso do tratamento passa por conhecer bem a doença.

No decorrer do estudo a principal limitação foi a falta de abertura dos inquiridos para o tema, o receio de falar desta patologia e de admitir que já sofreram da mesma. O questionário utilizado para a recolha dos dados mostrou-se adequado para concretização dos objectivos do estudo. Um dos principais objectivos deste estudo era analisar o nível de conhecimento, constando-se a falta do mesmo (79% com conhecimento insuficiente).

É necessário, a elaboração de novas investigações com intervenções comunitárias, verificando a estratégia mais eficaz para ser aplicada num futuro próximo. Tendo em conta as relações relevantes detetadas neste estudo (conhecimento efetivo com nível de escolaridade, nível económico, género e conhecimento pressumido).

O crescimento do consumo de antidepressivos pode estar relacionado com a dificuldade na identificação da doença ou por outro lado no aumento da prevalência da patologia. A taxa elevada de consumo deste estudo (38,7%) espelha a realidade futuramente insustentável, indo ao encontro do estudo do INFARMED I.P., que revela um acentuado aumento do consumo. A atual crise económica pode ser fator precipitante da doença.

O facto de os utentes não conhecerem a terapêutica que tomam é extremamente grave e incompreensível. É um direito do utente e um dever do profissional de saúde explicar o esquema terapêutico e as eventuais mudanças do estilo de vida. Posteriormente ao médico, o enfermeiro deve ter um papel ativo no tratamento e prevenção da doença. Na farmácia na cedência dos medicamentos deve-se garantir o total esclarecimento do utente.

É urgente a intervenção da comunidade, pois caso este flagelo não seja dominado, teremos no futuro meia população incapaz de responder às necessidades. Sendo esta patologia influenciada por diversos fatores, torna-se necessário perceber os que predominam e ajustar a terapêutica tendo em conta a variabilidade interindividual.

Referências Bibliográficas

1. Perito M. Fortunato J. Marcadores Biológicos da Depressão: Uma Revisão Sobre a Expressão de Fatores Neurotróficos. Rev Neurocienc 2012; 20(4):597-603.
2. Guimares S. Moura D. Silva P. TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA E AS SUAS BASES FARMACOLÓGICAS. Porto editora. Janeiro 2006: 99-108.
3. Claudino L. Moraes W. Tufik S. Poyares D. Novos sedativos hipnóticos. Revista Brasileira de Psiquiatria, Volume 32, n.º 3. Setembro 2010.
4. Gonçalves B, Fagulha T. Prevalência e diagnóstico da depressão em medicina geral e familiar. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 2004.
5. Nogueira M. Efeito de antidepressivos a longo prazo. Universidade da Beira Interior. Covilhã. Junho. 2012.
6. Fortin MF. O processo de investigação: da concepção à realização. 3ª Edição Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.; 2003.
7. Costa E. Depressão: Consumo de antidepressivos em Portugal e na Europa. Porto. 2010.
8. Teng C. Humes E. Demetrio F. Depressão e comorbidades clínicas. Revista. Psiquiatria. Clínica. 2005; 32 (3): 149-159.
9. Callegari A. Como vencer o stress, a ansiedade e a depressão. Editorial Estampa. Lisboa. 2000 (1):193-233.
10. American Psychiatric Association DSM-IV-TR. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Climepsi. Lisboa. 2006.
11. Kasper S. Hajak G. Wulff K. Hoogendijk W. Montejo A. Smeraldi E. Rybakowski J. Salva M. Justice A. Blanchot F. Baylé F. Efficacy of Novel Antidepressant Agomelatine on the

- Circadian Rest-Activity Cycle and Depressive and Anxiety Symptoms in Patients With Major Depressive Disorder: A Randomized, Double-Blind Comparison With Sertaline. *J Clin Psychiatry* 2010; 71(2):109-120.
12. Álamo C. Muñoz F. Armada M. Agomelatina: un nuevo enfoque farmacológico en el tratamiento de la depresión con traducción clínica. *Psiquiatr Biol.* 2008; 15(4):125-39.
13. Resumo das Características da Agomelatina. [Serial online] Disponível em: URL:http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR_Product_Information/human/000915/WC500046227.pdf.2013.
14. Markus R. Afeche S. Barbosa E. Lotufo C. Ferreira Z. Neto J. Glândula Pineal e Melatonina. Chapman & Hall. London. 2008.
15. Moreno R. Moreno D. Soares M. Psicofarmacologia de antidepressivos. *Revista de Psiquiatria.* Volume 21. Maio.1999.
16. Distúrbios do SNC Depressão, Ansiedade e Epilepsia. [Serial online] Disponível em:URL:<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABWPwAH/disturbios-snc>.
17. Carmona M. Esteves AF. Gonçalves J. Macedo T. Mendonça J. Osswald W. et al. *Prontuário Terapêutico.* Lisboa: INFARMED- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP/Ministério da Saúde; 2010.
18. Claudino L. Moraes W. Tufik S. Poyares D. Novos sedativos hipnóticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* Volume 32. N.º 3. Setembro.2010.
19. Pimentel S. Manifestações somáticas da depressão no idoso. Coimbra. Março.2010.
20. Coordenação nacional para a saúde mental. *Resumo executivo do plano nacional de saúde mental 2207-2016.* Lisboa. Julho.2008.
21. Porto J. Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* Maio.1999; 21.

22. Gysin F. Gysin F. Gross F. A depressão do inverno e a fototerapia. *Acta médica portuguesa* 1997; 12: 887-893.
23. Furtado C. Ribeirinho M. Gaspar M. Análise da Evolução da Utilização de Psicofármacos em Portugal Continental entre 2000 e 2009. *Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde, Direção de Economia do Medicamento e Produtos de Saúde*.2010.
24. Lopes M, *et al.* Contraceção Oral de emergência (COE): Consumo e Conhecimento dos Estudantes da Escola Técnico Profissional de Cantanhede. *Interações: sociedade e as novas modernidades*. Coimbra. 2012.
25. Sono/vigília – Ritmo circadiano: Marcapasso cerebral [Serial online] Disponível em: <http://www.medicinageriatrica.com.br/tag/nucleo-pre-optico/>.
26. Clarice Gorenstein, Cristóforo Scavone. *Revista Brasileira de Psiquiatria: Avanços em psicofarmacologia - mecanismos de ação de psicofármacos hoje*.1999.
27. Freitas F. Tristeza e Depressão: Análise do discurso dos médicos psiquiatras de um município de Santa Catarina. *Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis*.2011.
28. Frieder P, *et al.* *Atualización en Psicofarmacología 2012. Compilación del XX Curso intensivo-interactivo de actualización en Psicofarmacología Clínica*. fundopsi, Agosto. 2012.
29. Teixeira J. A depressão e a mulher na sociedade moderna. *Psiquiatria em revista*. Volume 11, nº3. 1998.
30. Lima D. *et al.* Depressão e Antidepressivos: temas geradores para discussão de conceitos químicos no nível médio de ensino. *R. B. E. C. T.*, volume 6.2013.
31. Furtado C. *Psicofármacos: Evolução do consumo em Portugal Continental (2000-2012)*.Gabinete de Estudos e Projectos. 2013.

32. Literacia em Saúde. Serial online] Disponível em:
<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/AreasTrabalho/LiteraciaSaude/Paginas/inicial.aspx>.2003.

Anexo 1

Questionário do estudo.